

PAPILOMA MULLERIANO DEL TABIQUE RECTO VAGINAL

Historia de 1er año

Dres. Valsangiácomo P., Ruso L., Ormaechea , Boudrandi S., Harreche M.

Clinica Quirúrgica "3" Hospital Maciel .Facultad de Medicina.

RESUMEN :

El diagnóstico y tratamiento de tumores pelvianos benignos, de origen extrarectal , son excepcionales en la práctica quirúrgica no ginecológica. Los papilomas mullerianos son tumores raros , de origen embriológico; remanentes de la fusión de los conductos paramesonéfricos de Muller ,que dan lugar al desarrollo del útero y el sector superior de la vagina. Son frecuentes en niñas ,excepcionales en adultos y se manifiestan por genitorragia o tumoración del fondo de saco vaginal ;con menor frecuencia cursan con pujos y tenesmos rectales. Son tumores benignos, de morfología pleomorfa , con perfil histológico e inmunohistoquímico definido y escasa posibilidad de malignización.-

Se presenta un caso de una mujer de 51 años, portadora de un papiloma mulleriano del tabique recto vaginal. Su presentación clínica ,con elementos de síndrome rectal ; el carácter excepcional de éste tipo de lesiones , su diagnóstico incierto y la táctica quirúrgica adoptada , le confieren interés a esta comunicación.-

INTRODUCCION

Los tumores del tabique recto vaginal excepcionales ,así como su diagnóstico y tratamiento en la práctica de la cirugía general.

El epitelio del tercio superior de la vagina es de origen mulleriano y tiene potencialidad de diferenciación en tejido glandular o escamoso;por consecuencia ocasionalmente tumores glandulares , pueden crecer en esta área. Los papilomas mullerianos, son propios de los niños ,aunque pueden observarse en adultos ,tienen muy bajo índice de recurrencias y se curan con una simple resección. Son tumores benignos, cuya capacidad de recurrencia y malignización son escasas. Se analizan los aspectos etiopatogénicos ,diagnósticos y terapéuticos , de una paciente adulta , operada de un tumor mulleriano , asentado en el tabique recto vaginal alto.

CASO CLINICO

Mujer, 51 años. Consulta por dolor abdominal en hemiabdomen inferior, de 4 meses de evolución, permanente y gravativo ; asociado a marcados pujos y tenesmos rectales. Sin otras alteraciones del tránsito digestivo bajo.

Tránsito urinario conservado.

Menopausia hace 3 años, sin flujo, sin otros elementos a destacar.

Sin repercusión general ni síndrome toxicoinfeccioso.

Examen físico se destaca : buena condición general y nutricional; piel y mucosas normocoloreadas. El abdomen es blando, depresible e indoloro, no se palpan tumoraciones.

Tacto rectal: inspección sin alteraciones, fondo de saco de Douglas ocupado por una tumoración de 8 cm, lisa, indolora, que protuye en el recto, mucosa sana al tacto. Sin sangre al guante.

Tacto genital : vagina de características habituales. Cuello uterino pequeño bien centrado. OE cerrado. Anexos libres e indoloros. Ocupando el fondo de saco posterior se palpa tumoración con iguales características a la descrita que la palpación rectal, que al tacto bimanual se ubica fija al sector más alto del tabique recto vaginal.

La fibrocolonoscopia confirma el carácter extramucoso del tumor ,que se ubica en la cara anterior de la ampolla rectal. Resto normal.

TAC . En la **figura 1** se observa una tumoración retrouterina, de 80mm de diámetro, de densidad inhomogénea, límites netos.- Impresiona como una tumoración de origen genital.

Se decide la exploración quirúrgica (1ª) , mediante laparotomía conjunta (cirujano y ginecólogo). La tumoración descrita se encuentra en el espacio pelvi-subperitoneal, ocupando el espacio intervesico-rectal ; es dura ,fija e independiente del aparato genital, que está totalmente normal. Se realiza una biopsia incisional en cuña del tumor.

Anatomía patológica (diferida): Tumoración con los caracteres de papiloma mulleriano benigno . A confirmar .

Se reopera (2ª) a los 8 días y se reseca íntegramente el tumor, que está adherido en un pequeño sector al recto, que se libera sin necesidad de abrir su luz.

Buena evolución, posoperatoria . Alta al 4to día,

Anatomía patológica: La morfología y la inmunohistoquímica son concordantes con el diagnóstico de papiloma mulleriano benigno intramural. La resección fue completa.-

Controles clínicos a 3 años: asintomática.

COMENTARIOS.

Los tumores vaginales son raros. Las lesiones malignas ocurren en 3-5%, de los cánceres ginecológicos y en un 80% son carcinomas escamosos(4). Los tumores benignos son menos comunes y usualmente no progresan a la malignidad. Los papilomas müllerianos vaginales se evidencian en niños entre 1 a 5 años, aunque se han reportados algunos casos en adultos(3).

Este tipo de tumores, derivan de estructuras remanentes del desarrollo embriológico del aparato urogenital (5).

Como se observa en la figura 2, el útero y el extremo superior de la vagina, se forman a partir de la fusión – entre sí - de los conductos paramesonéfricos o de Müller. Mientras que el extremo inferior de la vagina, se forma a partir de los bulbos sinovaginales. Ambas estructuras, se sitúan sobre la pared posterior del seno urogenital primitivo.

Las porciones no fusionadas de los conductos paramesonéfricos, se abren hacia la cavidad celómica y se convierten en las trompas de Falopio.

La fusión de los conductos paramesonéfricos, une entre sí dos pliegues del peritoneo y se convierte en ligamento ancho.

La amplia distribución de los conductos paramesonéfricos, explica las diferentes topografías que pueden adquirir en su desarrollo estos tumores(6).

Los papilomas müllerianos son tumores muy pleomórficos, de estructura compleja, (figura 3) formados por un conjunto de tejidos de origen mesodérmico., con tubos y células endometriales y endocervicales (Dobbs). Taylor(1) señala, que es precisamente la metaplasia de las células del estroma endometrial, cuya gran potencialidad hace posible su diferenciación en elementos epiteliales y conjuntivos, el factor determinante de la arquitectura de estos tumores.

Los procedimientos inmunohistoquímicos muestran un patrón de positividad difusa con CAM 5.2, EP.4, CEA y EMA e inmunoreactividad focal con CA –125 (Luttges)

Son tumores benignos, aunque la presencia de núcleos anormales, sugiere bajo grado o malignidad borderline (Dobbs); su capacidad de malignización es excepcional.

Su expresión clínica más frecuente es el sangrado genital (niñas) y el tumor palpable en el fondo vaginal (adulto). Menos frecuentes son los púrpuras y tenemos exclusivamente que sugieren una etiología rectal.-

La endoscopia y la imagenología (TAC) permiten establecer su ubicación, relaciones y características de benignidad, propias de estas lesiones.

El **cuadro 1** ,muestra la diversidad etiológica de las tumoraciones extramucosas , que pueden localizarse en la cara anterior del recto ; con mayor incidencia que los tumores de remanente embrionario. La alta incidencia de procesos neoplásicos en la región, incluyendo el carcinoma de vagina y la invasión vaginal de un cancer de cuello uterino (Dobbs) , hace difícil descartar la malignidad de una tumoración en el extremo superior del tabique rectovaginal, sin riesgo de diseminación tumoral. Esto nos condujo a establecer una estrategia quirúrgica de resección en dos tiempos. La biopsia diferida permitio establecer claramente la naturaleza del proceso y realizar una reseccion completa del mismo,aunque sin resección visceral.

Abscesos pélvicos.-
Cancer de sigmoides.
Metastasis fondo de saco Douglas.
Quiste o carcinoma de ovario.
Cancer de vagina.
Cancer cuello de utero.
Carcinoma de vejiga.

Cuadro 1 - Tumoraciones extrarectales de la cara anterior del recto, en la mujer.
Modificado de Goligher (2).

BIBLIOGRAFIA

1. Balaguero LLadó L., Oncologia Ginecologica. Barcelona.1983. 242-53.
2. Goligher J. Tumores extrarrectales. Cirugia del ano, recto y colon. 2da ed., Salvat. 1987. 784-86.
3. Cohen M., Pedemonte L., Drut R. Pigmented mullerian papilloma of the vagina. Histopathology. 2001. 39. 540-47
4. Dobbs S. Shaw PA, Brown LJ, Ireland D. Bordeline malignant change in recurrent mullerian papilloma of the vagina. Journal of Clinical Pathology. 1998. 51(11): 875-7.
5. Ulbright T, Ronald W, Frederik T. Intramural papilloma of the vagina: evidence of mullerian histogenesis. Cancer. 1981. 48(10), 2260-66.
6. Anderson J. R., Genardy R. Anatomia y embriologia. Ginecologia de Novak. 12da ed. Mexico. 1997. 92-95.
- 7 – Luttges J., Lubke M. Recurrent benign Mullerian papilloma of the vagina. Immunohistological findings and histogenesis. Arch. Gynecol Obstet 1994; . 255 : 157 – 160 .

FIGURA 1 - TAC



FIGURA 2 . Secuencia de desarrollo embriológico del aparato urogenital femenino.

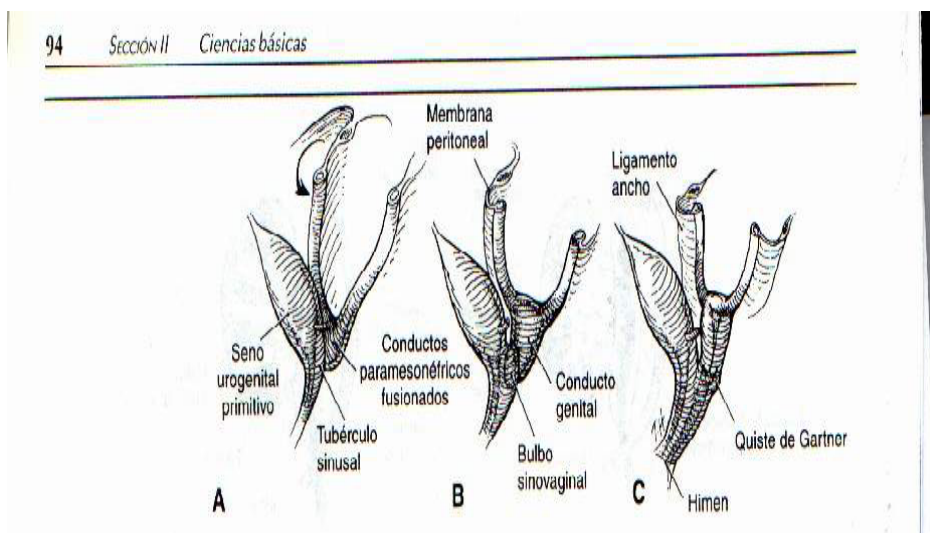


FIGURA 3 - HISTOLOGIA.

